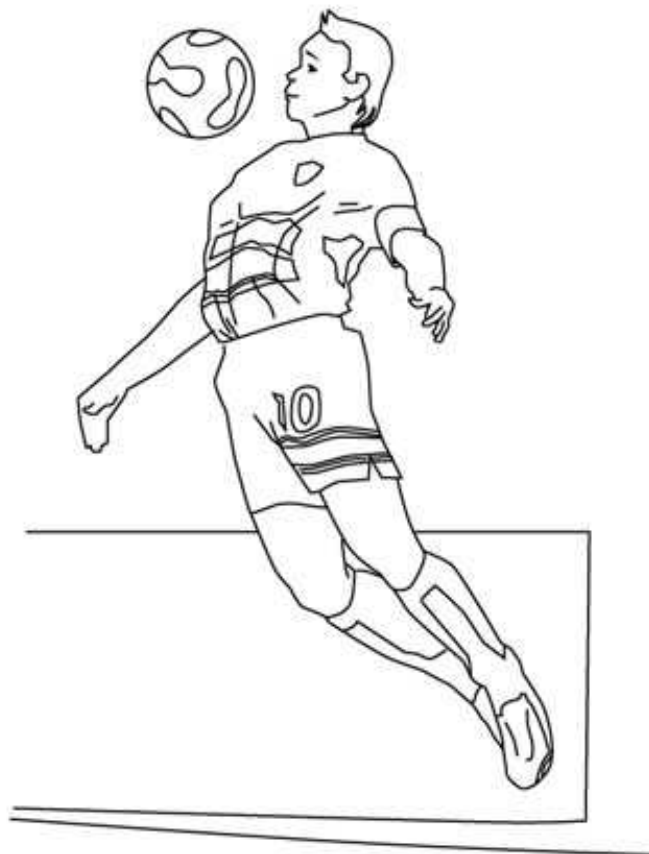


**Ansay Guy - Da Silva Paolo**

Ostéopathes D.O.

**Rapport de stage :**  
**Le rôle de l'Ostéopathe**  
**au sein d'une équipe de football**



Année 2011

Université de Bretagne Occidentale

D.U. Ostéopathie du sport

## **Table des matières :**

I. Introduction	3
II. Matériel et méthode	4
1. Contexte	4
2. Importance de l'argent	5
Le club	6
3. L'entraîneur, chef de projet	8
4. Méthodologie	10
5. Une approche sémiologique de la dysfonction	11
5.1. Origine de la dysfonction	11
5.2. Le psoas iliaque et son rôle	11
5.3. La dysfonction	14
5.3.1. Clichés morphologiques	16
6. Le traitement élaboré	22
III. Résultats	26
IV. Conclusion	27
Bibliographie et Références	28

## **I. Introduction**

L'Ostéopathie est une méthode de soins qui s'emploie à diagnostiquer et à traiter les multiples problèmes mécaniques du corps humain. Ceux-ci entraînent la présence de raideur ou des diminutions de mobilité qui affectent différentes parties de notre organisme. Cela provoque une perturbation locale ou générale altérant l'état de santé.

L'Ostéopathe professionnel exerce dans le cadre d'une approche globale de l'individu, il s'appuie sur une connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie, il n'utilise, pour résoudre ces problèmes mécaniques, que ses mains. Cela sans jamais agresser le corps, mais bien au contraire en allant toujours dans le sens du soulagement des structures en souffrance.

Cette science peut-elle venir en aide aux sportifs ?

Le sportif sollicite physiquement son corps hors des limites habituelles, que ce soit dans le sport de détente en tant qu'amateur que dans le sport de compétition de haut niveau.

Tous, amateur ou sportif de haut niveau ont des objectifs identiques. Il s'agit de préserver un mécanisme en bon état afin d'éviter des dysfonctionnements et des blessures musculaires et articulaires. Il s'agit aussi d'optimiser dans la mesure du possible les performances physiques, raccourcir le temps de récupération après l'effort.

Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire à l'ensemble des sportifs, encore plus aux sportifs de haut niveau ou professionnels d'être suivi régulièrement par un professionnel de la santé connaissant le sport.

Dans le domaine du sport plus que dans d'autres, la santé durable passe nécessairement par une prévention efficace et régulière.

Le sportif ainsi suivi par l'ostéopathe peut déjouer les pièges et se donner les moyens d'une bonne gestion de son corps, instrument pour la pratique de son sport favori et du plaisir qu'il en retire.

## **II. Matériel et Méthode**

### **1. Contexte :**

Ce travail de fin d'étude a pour objectif de démontrer l'importance d'une prise en charge ostéopathique dans un cadre sportif, et de nous permettre d'appliquer les différents concepts mis à notre disposition dans le cadre du cursus en ostéopathie du sport.

Nous avons porté notre choix sur une équipe de football évoluant en première ligue luxembourgeoise, cela s'est fait à mi saison.

Le club, FC RM Hamm-Benfica est une fusion réalisée entre deux clubs voisins, l'un de la ville de Hamm et l'autre originaire de Cents.

Nous parlons ici de sportifs évoluant au sommet du football luxembourgeois mais avec un statut d'amateur. Ce statut ne réside pas seulement dans le fait que chacun de ces footballeurs ont un emploi ou devrait en avoir un, mais aussi dans leur mentalité.

La réalité est tout autre. La majorité de ces sportifs ont en effet un emploi rémunéré, mais cela dans l'entreprise du président qui sponsorise le club. Le complément que ces sportifs reçoivent en jouant au football, représente parfois l'égal de leur salaire ou un salaire augmenté du chômage lorsqu'ils ne travaillent pas.

Notre présence parmi cette « élite » nous a donné l'impression qu'ils aimaient le sport qu'ils pratiquent mais l'argent y tiens une importance considérable, dans ce contexte.

De notre avis, ce n'est plus l'amour du sport en tant qu'amateur mais la pratique d'un sport amateur dans le but de gagner de l'argent. Car ils sont bien conscients que le professionnalisme n'est possible que pour un infinitésimalement petit nombre d'entre eux.

Une des particularités de ce club, c'est d'y retrouver deux cultures différentes. L'une est typiquement luxembourgeoise et minoritaire dans le club, la seconde, imprégnée de la culture portugaise, est celle qui révolutionne le club au niveau de la

mentalité. Une mentalité des pays du sud, chaleureuse avec parfois un certain débordement !

Cette mentalité se retrouve aussi au niveau des joueurs. Certains d'entre eux, ont un caractère qui peut parfois être excessif et cela nous avons pu le constater face aux différents responsables du groupe comme l'entraîneur ou les directeurs sportifs. Ces joueurs Lusitaniens sont majoritaires dans l'effectif.

Nous avons dû nous adapter à cet environnement, et nous faire respecter.

Il faut resituer la réalité de vie au Grand Duché de Luxembourg, sur les 500.000 habitants et on y dénombre pas moins de 80.000 personnes d'origine portugaise.

## **2. L'importance de l'argent :**

Il est nécessaire de dépeindre quelque peu le fonctionnement du monde Football au Grand Duché du Luxembourg.

L'élite du football est composée de 14 clubs. Chacune de ces structures, la majorité, est soutenue par un seul homme qui peut prendre l'apparence d'un mécène, d'un financier ayant l'espoir d'un retour gagnant mais cela ne s'est pas encore vu au Luxembourg.

Autour de ce « sponsor » vitote un monde. Celui-ci est composé de directeurs, directeurs sportifs, d'un trésorier, de l'entraîneur et de ces adjoints et un autre monde où se retrouvent tous les bénévoles sans qu'aucun club ne pourrait fonctionner dans ce pays.

Il en va de même pour le service médical, le matériel se compose du strict minimum, une table briguebalante, des locaux inadaptés pour soigner en toute tranquillité... Oui il a fallu s'adapter.

Cette particularité des clubs du Grand Duché du Luxembourg qu'est le sponsoring par une seule personne laisse une incertitude relative. Il suffit que ce donateur décide de fermer le robinet des euros et tout peu dégringoler en peu de temps. Cette situation est bien connue de tous mais chacun préfère fermer les yeux.

## Le club :

FC RM Hamm Benfica



### Généralités

<b>Nom complet</b>	Football Club Rapid Mansfeldia Hamm Benfica
<b>Date de fondation</b>	26 mars 2004
<b>Couleurs</b>	rouge et blanc
<b>Stade</b>	Luxembourg-Cents (2 800 places)
<b>Siège</b>	83a, rue Tawioun 2612 Luxembourg
<b>Championnat actuel</b>	1 <sup>ère</sup> Ligue
<b>Président</b>	Claude Zimmer Nico ZINSMEISTER
<b>Entraîneur</b>	Vila Verde Philippe
<b>Site web</b>	<a href="http://www.rmhamm.lu">www.rmhamm.lu</a>

Le premier contact avec le groupe au complet c'est fait lors d'un stage qui se déroulait juste avant de reprendre la seconde partie du championnat.

Ce stage se tenait sur quatre jours, dans un complexe de Bitburg en Allemagne.

Nous avons retrouvé un groupe soudé composé de seize individus autour d'un trio d'entraîneur, l'entraîneur principal, son adjoint et l'entraîneur des gardiens.

Directement nous avons été présenté comme la nouvelle équipe médicale. Dans les minutes qui suivaient, nous avons pu nous joindre à l'équipe et assister à l'entraînement de l'après midi, de 16.00 à 18.30 heure.

Lors de cette observation, nous avons vu des joueurs tassés, ramassés qui n'avaient pas de « grandeurs » pour s'élancer et prendre de la vitesse. Nous venions de mettre le doigt sur la véritable complication physique du groupe.

Ils courraient presque tous avec un thorax projeté en avant, le bassin en arrière, hanche et genoux en semi-flexion.

Il est évident que nous avons trouvé d'autres défauts, mais notre travail étant limité dans le temps nous avons choisi de nous occuper que de notre première impression.

L'objectif principal de ce travail, était de démontrer, en général et plus particulièrement aux responsables du club, que l'ostéopathie est un outil pertinent pour le sport. Avec du temps ont peu parvenir à assainir les attitudes d'un sportif et le rendre encore plus performant. C'est ce que nous avons voulu démontrer.

### **3. L'entraîneur, chef de projet** : (Lebras L. UBO)

Le chef de projet ; vision, style et comportement !

Il est visionnaire, il doit communiquer une « image » de l'évolution du futur avec le résultat positif espéré du projet. Il doit faire partager cette vision parfois bien au-delà du projet. C'est l'aptitude à « se projeter », c'est-à-dire à visualiser les objectifs et les enjeux du projet, en cohérence avec la stratégie des responsables du club.

Il doit être à l'écoute de ces joueurs, les comprendre pour anticiper sur chaque situation. Il doit ce faire aimer pour que ce projet soit suivi de résultats positifs.

Pour poursuivre notre projet avec les joueurs, nous avons eu besoin de l'approbation de l'entraîneur. Très vite nous sommes arrivés à un accord. En contrepartie il fallait lui expliquer chaque processus de notre travail.

Dans cette discussion nous lui avons démontré l'importance de ce travail pour les joueurs. Nous lui avons décrits, approximativement, la méthodologie que nous comptions utiliser pour augmenter le potentiel physique des footballeurs et leur donner plus de liberté et de légèreté dans leurs gestes.

Dès les premiers instants de notre présence, lors de ce stage, nous avons compris la rigueur de l'entraîneur. Face à son équipe, cet homme se montre dur et parfois même un tantinet dénigrant face au comportement de certains jeunes, jusqu'à se moquer de leur éducation et du manque de savoir vivre.

Quant à ces entraînements, ils étaient menés d'une main de fer. Son adjoint, plus proche des joueurs arrivait à faire passer le message avec beaucoup plus de « douceur ». Nous y avons contribué, nous lui avons suggéré de prendre le temps d'appeler chaque joueur à part et de leur expliquer ce qu'ils en attendaient. De l'extérieur nous étions spectateur de ce déroulement et il était simple, pour nous, de lui décrire ce qui se passait. Une relation de confiance s'était installée entre les joueurs et nous et de même entre l'adjoint et nous. Nous avons compris qu'il manquait d'expérience, et que notre présence lui était utile.

L'histoire, par la suite, a démontré qu'il ne suffit pas d'être seulement le meilleur entraîneur et d'avoir un palmarès extraordinaire, d'avoir réussi là où d'autres ont



échoué, mais aussi qu'il fallait s'adapter au matériel que l'on a sous la main et qu'il faut prendre le temps d'écouter ces joueurs.

Cet entraîneur tout aussi bon qu'il eu été a du démissionner après le deuxième match de la reprise. Cela c'est passé après une défaite importante contre une équipe bien moins forte que la sienne.

Il y a trouvé un signe de désobéissance à sa tactique, et aussi que certains joueurs de l'équipe auraient fomenté cette révolution.

L'entraîneur adjoint a été nommé à sa place. Quand à notre travail, nous avons pu le poursuivre tout en continuant à prodiguer nos conseils. Vu ces antécédents au poste de chef de projet, ces conseils lui étaient fort utiles. L'atmosphère était redevenue plus respirable pour l'ensemble du groupe !

#### 4. Méthodologie :

Pour un suivi régulier de notre travail, nous avons sélectionné, dans le groupe des joueurs, six individus. Notre choix c'est porté sur eux car ils étaient les plus représentatifs de l'attitude retrouvée.

Ces six joueurs avaient entre autre, une même particularité, celle d'occuper une même zone, le milieu de terrain, certains plus défensif que d'autres.

L'activité de ces footballeurs a été étudié principalement au cours des différents entraînements durant ce stage. L'exercice observé était simplement la course à pied autour du terrain en guise d'échauffement. Nous avons pu les observer aussi au cours du match amical sanctionnant la fin du stage.

C'était une aubaine d'avoir pu intégrer cette équipe lors d'un stage de préparation à la seconde partie du championnat 2010-2011. Car nous sommes uniquement parti de la constatation que nous avons pu relever lors de cet événement.

Pour élaborer notre réflexion, nous nous sommes basé sur une étude de l'insep, relaté par N. Grau, qui montre que, pour progresser en course à pied, il faut améliorer les deux paramètres suivants : la cadence et l'amplitude. Il faut dans l'ordre, gagner de l'amplitude que l'on doit restituer à une cadence plus élevée. Le problème de la cadence est du ressort de l'athlète ou de son entraîneur. Celui de l'amplitude est aussi de celui de l'athlète, mais à condition qu'il utilise des outils efficaces. (N. Grau stretching global actif)

C'est justement dans l'amplitude que nous allons essayer de faire évoluer nos sportifs en leur apportant une meilleure méthodologie d'étirement sur le terrain.

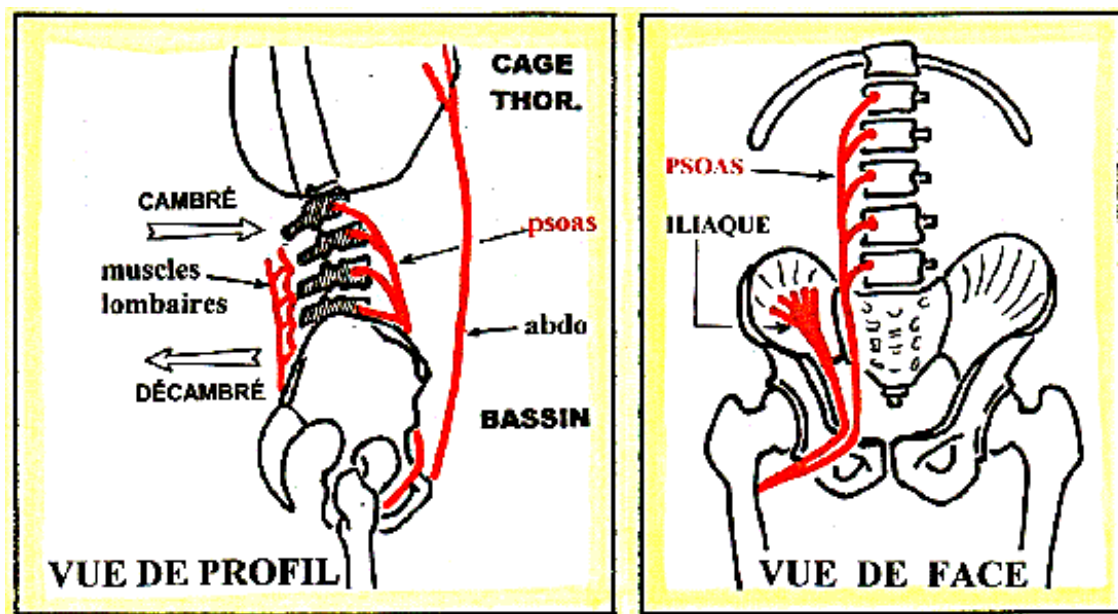
Le fait de travailler sur le muscle psoas-iliaque, au niveau de sa globalité, devrait nous permettre de redonner une plus grande liberté de la foulée lors de la course à pied et aussi dans les différents mouvements lors de la pratique du sport.

## 5. Une approche sémiologique de la dysfonction :

### 5.1. Origine de la dysfonction :

Des abdominaux puissants contribuent, avec d'autres éléments, à nous donner un dos solide. Mais quand on fait un renforcement abdominal, il ne faut pas muscler les psoas en croyant muscler les abdominaux.

Les abdominaux s'insèrent sur la cage thoracique et le bassin: ils ne peuvent faire que rapprocher ces deux éléments. En aucun cas ils ne peuvent soulever les jambes. Une des conséquences de ce rapprochement est qu'ils diminuent la cambrure lombaire.



### 5.2. Le psoas-iliaque et son rôle :

Le psoas-iliaque, s'insérant sur la 12ème vertèbre dorsale à la 5ème lombaire de façon inconstante et sur le fémur, permet à la cuisse de se relever, il est pour cette raison appelé « muscles de la marche », mais, si les jambes sont fixes, il tire en avant les vertèbres lombaires. Il accentue donc la cambrure lombaire. Les muscles du dos jouent également ce rôle.

Ce sont des muscles cachés, un peu mystérieux car ils ne sont pas visibles.

En fait, on englobe souvent sous le terme « psoas », ce muscle proprement-dit et un autre, appelé « iliaque ». Ce dernier s'insère dans la fosse iliaque, à l'intérieur du bassin et il le complète dans certaines de ses actions. On parle donc de muscle « psoas-iliaque ».

Comment agissent-ils ?

En réalité on retrouve un chef transversaire et un chef corporeal. Les fibres corporeales venant du haut (Th<sub>12</sub>...) sont plus antérieures, ces fibres passent en avant de l'axe de flexion-extension, elles ont donc un moment légèrement fléchisseur.

Par contre, les faisceaux supérieures transversaires ont un bras de levier extenseur. Les fibres corporeales ayant une section plus importante, on pense que le moment fléchisseur prédomine.

Si on observe le psoas 2 ou 3 niveaux plus bas, alors toutes les fibres ont un moment fléchisseur.

Autre exemple, en couché dorsal, certains vont lever le membre inférieur tendu en rotation externe d'autres en rotation interne, selon la prédominance des moments rotatoires des fléchisseurs de chacun.

Cela ne veut encore rien dire, c'est peut-être dû à l'étirement des ischio-jambiers dont l'extension passive fait qu'ils induiront une rotation externe chez les uns, et plutôt une rotation interne chez d'autres.

Le psoas a aussi une composante de compression assez élevée, il serait peut-être stabilisateur (resserrement) vertébral lombaire.

Il induit une latéoflexion homolatérale.

Le psoas induit une toute petite composante de rotation controlatérale (sa direction postéro-antérieure est très faible)

Simplement, le psoas permet à la cuisse de se relever. Comme déjà dit, il est pour cette raison appelé muscle de la marche.

En fait, il est beaucoup plus utilisé lors de la course. Mais si les jambes sont fixes, il tire en avant les vertèbres lombaires si l'on est couché. Il permet au buste de se redresser. Attention, car il risque alors d'accentuer la cambrure lombaire.

Dans les deux cas, il ferme l'angle cuisse-tronc. Quant aux Iliques, ils contribuent à

faire basculer le bassin vers l'avant, ce qui accroît la cambrure. Les psoas-iliaques sont aussi rotateurs externes de la cuisse.

En gros, le psoas ne travaille pas beaucoup lors des mouvements de la colonne, mais serait surtout un bon fléchisseur de hanche

Le muscle psoas joue aussi un rôle dans le système du bassin. Il est permis de penser que le muscle grand psoas sert éventuellement de frein de nutation à l'os coxal. Cependant, ce muscle induit également un moment de flexion au niveau de la colonne lombaire ainsi que de la jonction lombosacrée, ce qui réduit sa fonction de frein puisqu'il agit sur le sacrum dans le sens de la nutation. Cet exemple montre que, d'un point de vue fonctionnel, il faut distinguer le muscle psoas du muscle iliaque et ne pas se référer seulement à un muscle psoas-iliaque. (P. Klein, bioméca membres inf)

### 5.3. La dysfonction :

Elle émerge d'un effort d'adaptation aux contraintes d'une situation dans laquelle le footballeur puise ces ressources physiques.

Dans le football, il y a une très forte sollicitation de la charnière dorsolombaire par les mouvements de torsion du tronc, d'autant que ceux-ci s'effectuent le plus souvent en lordose. La colonne lombaire a, on le sait, une possibilité de rotation très faible en position neutre, mais celle-ci est inexistante en lordose. Ceci est dû à l'orientation sagittale des articulations inter-apophysaires. Cette statique peut entraîner des symptômes douloureux jusqu'à provoquer un arrêt momentané de l'activité sportive. (N. Grau, stretching global actif)

Rajouté à cela des exercices d'abdominaux mal exécutés, mettant en tension le psoas-iliaque, ce qui va augmenter le processus d'exagération de la lordose. La boucle est bouclée.

De notre expérience personnelle, nous avons soigné un joueur de football souffrant depuis une année, et surtout depuis 6 mois de douleurs au niveau de l'insertion des adducteurs droits. Il avait dû arrêter de jouer 4 mois auparavant. Le repos avait atténué, mais sans véritable résolution de la situation. Il avait eu de nombreuses infiltrations et un traitement physio thérapeutique sans succès. L'examen avait révélé une hémipubalgie, et le pincé-roulé de l'aîne et de la partie supéro-interne de la cuisse était douloureux. Nous avons retrouvé également une sensibilité au niveau de la peau de la partie supérieure de la fesse du même côté. En effet dans l'anamnèse il nous avait décrit quelques épisodes de lombalgie par le passé, mais ici, elles passaient au deuxième plan. L'examen segmentaire vertébral avait révélé une souffrance D12-L1, avec des radios normales. Sa statique était aussi en forte lordose. Un traitement sur quatre rendez-vous avait réussi à soulager cette souffrance mécanique du rachis, et en même temps faire disparaître la douleur ressentie. La réharmonisation du psoas iliaque faisait grandement partie de ce traitement. Quinze jours après, il a pu reprendre les entraînements.

Nous pouvons donc mettre en corrélation les insertions du muscle psoas et la zone d'émergence du nerf abdomino-génital.

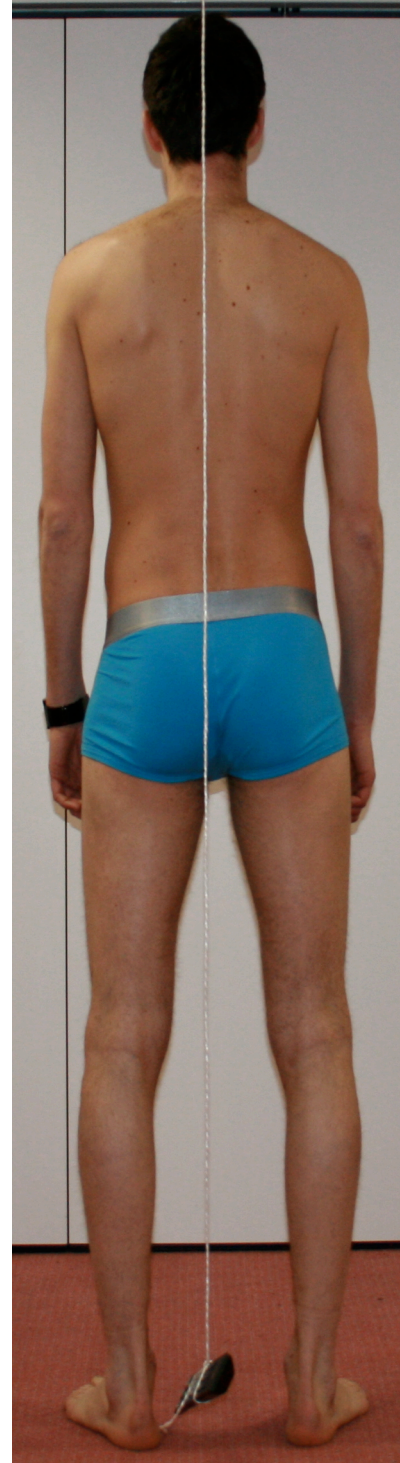
Le pubis innervé par ce rameau (D12, L1) peu se sensibiliser lorsque des contraintes s'applique sur ce nerf. Le périoste déjà sensible à la seule palpation - en comparaison avec le côté opposé - va devenir franchement douloureux lors des tractions considérables que vont exercer les adducteurs sollicités au maximum dans le shoot ou dans les changements de direction.

Dans d'autres cas, la douleur est ressentie comme une pubalgie isolée, et parfois comme une douleur d'insertion des muscles droits.

A côté des douleurs des adducteurs (vraies ou fausses), il existe chez les footballeurs des douleurs d'insertion des grands droits sur le pubis, qui peuvent être des douleurs d'insertion classiques, mais qui peuvent aussi être la conséquence d'une hypersensibilité chronique du périoste pubien, dû à l'irritation de D12 ou de L1.

Un traitement de cette zone qui engloberait le psoas iliaque semble logique, car dans l'anamnèse de certains joueurs se retrouve des antécédents de douleurs pubalgiques qui récidivent encore.

5.3.1. Clichés morphologiques :











Pour mettre en évidence nos observations constatées sur le terrain et pour mieux comprendre les dysfonctions décrites par les joueurs, nous avons procédé par des prises de photos type morphologique que nous avons comparé par la suite avec les attitudes décrites dans les chaînes musculaires.

Les attitudes retrouvées sur la totalité des joueurs sont représentées par les deux premiers individus.

Nous y retrouvons une posture en flexum au niveau des genoux et une lordose lombaire.

Le troisième individu représente, pour nous, le modèle à atteindre. Parmi tous les joueurs, il est le seul à avoir une posture idéale. Cela s'explique par son passé de joueurs dans un club professionnel où il a acquis une méthodologie d'étirement, qu'il s'applique à réaliser méthodiquement après chaque entraînement.

Dans notre logique et pour ne pas qu'il y ait d'ambiguïté dans notre fonctionnement, nous avons, dès le départ et au préalable de tout, décidé de pratiquer le même traitement pour chacun des joueurs sélectionnés. Les autres joueurs de l'équipe recevraient aussi un traitement qui serait plus basé sur des étirements du segment membre inférieur si nécessaire. Pour nos joueurs sélectionnés, nous comptons entre quinze et vingt minutes de traitement, selon l'état du joueur. Pour le reste de l'équipe nous n'avons pas dépassé cinq minutes par joueur. Pour ne pas créer une mésentente dans le groupe nous n'avons pas divulgué les noms des joueurs sélectionnés. Mais au fur et à mesure de l'évolution du traitement tout le monde savait quels étaient les joueurs sélectionnés.

Lorsque nous avons rejoint le club pour notre stage, les responsables nous ont averti que le kinésithérapeute qui était en charge de l'équipe, venait de démissionner. Ils nous ont demandé si dans nos prérogatives nous pouvions aussi nous occuper des autres affections dont souffriraient les joueurs. Nous avons donc accepté de jouer un double rôle, celui d'ostéopathes, la raison essentielle de notre présence et aussi celui de kinésithérapeutes, qui ne l'oublions pas était notre première formation professionnelle.

Nous pensions que nous aurions eu des difficultés de passer d'un traitement ostéopathique à un traitement kinésithérapeutique mais cela c'est fait très simplement.

A part notre tâche principale de traiter la dysfonction du groupe psoas-iliaque, nous nous sommes retrouvé face à des atteintes que nous avons pu traiter facilement en ostéopathie, par des techniques d'étirement et de fascia. Nous n'allons pas décrire toutes les techniques utilisées pour traiter ces différentes affections.

Nous avons volontairement évité d'utiliser des techniques manipulatoires avec « bruits » type HVBA (haute vitesse basse amplitude) car nos joueurs en sont relativement friand et cela est basé sur des idées fausses que si sa craque c'est que c'est mieux !

#### Autres atteintes des joueurs :

Entorses chevilles

Entorses genoux (gche ou dte) avec atteinte des ligaments latéraux (gche ou dt)

Pubalgies : insertion des adducteurs (terrains secs)

Pubalgies : insertion des abdominaux (terrains secs)

Douleurs lombaires suite à une mauvaise réception (en raison des terrains secs)

Douleurs d'épaules connues chez le deuxième gardien

...

Pour l'aspect simplement kinésithérapeutique, il s'agissait de faire des massages du segment membre inférieur et cela avant chaque match. En plus de cela, nous devons assurer une présence sur le banc, en cas de blessure pendant la rencontre et les petits bobos à la mi-temps.

Pour nous, il s'agissait aussi d'avoir une relation quasi confidentielle avec le joueur. Nous profitons de cet instant du massage pour mettre en confiance le joueur que nous avons sous nos mains.

En effet ceux-ci étaient fortement fatigués et au fur et à mesure que le championnat avançait cela devenait pire. La raison était simple, juste avant l'intersaison une « purge » avait été réalisée dans le groupe des joueurs. Les dirigeants du club avaient renvoyé cinq joueurs de l'équipe. L'explication que nous en avons reçue mettait en évidence des pressions exercées par certains joueurs sur d'autres. Ce renvoie a eu pour conséquence de restreindre le noyaux de l'équipe et donc de solliciter au maximum les organismes.

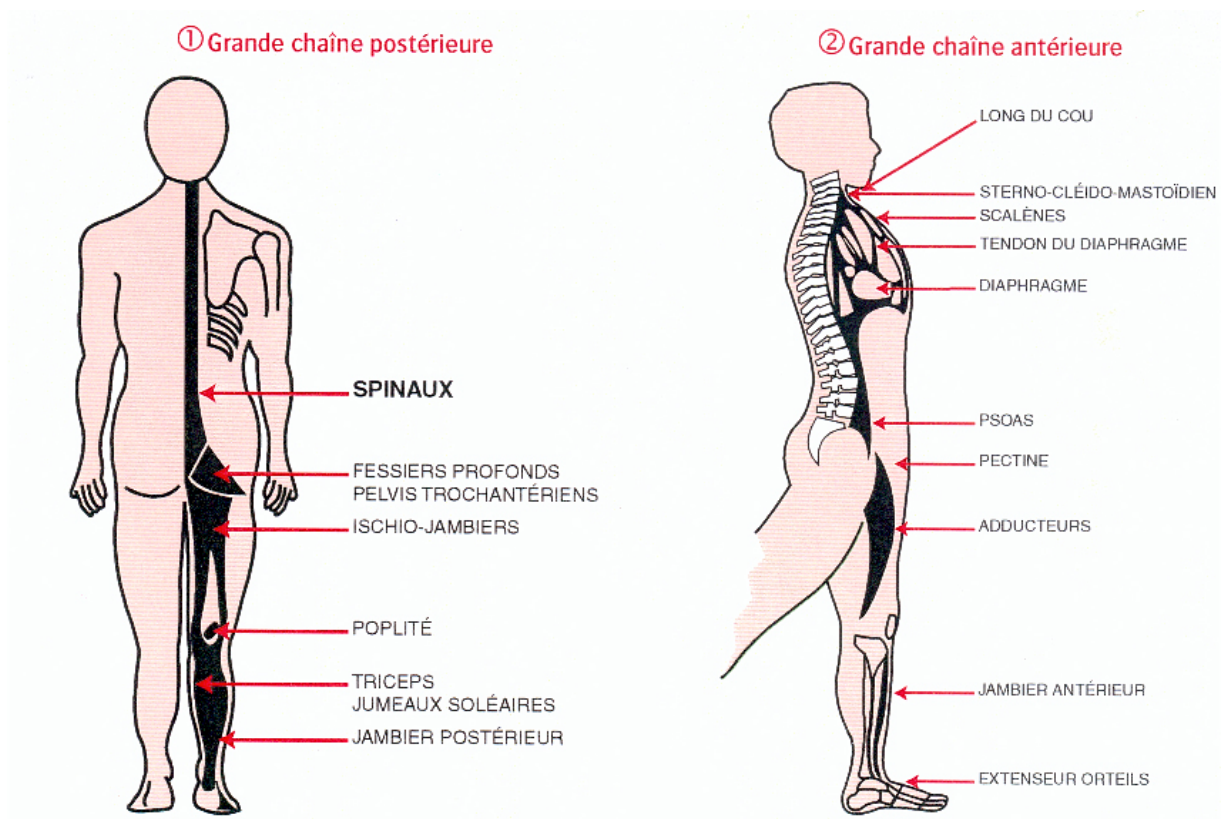
## 6. Le traitement élaboré :

Ce traitement a été réalisé systématiquement, deux fois par semaine, chez chacun des joueurs sélectionnés et cela à chaque fois après les entraînements.

Le but était de libérer l'ensemble des chaînes musculaires au niveau des membres inférieurs et du tronc, en ce qui concerne le psoas-iliaque.

Cela nous semblait très important dans la récupération des amplitudes perdues par l'hyper-musculation.

Nous avons divisé ce travail en plusieurs étapes, ce qui a facilité le suivit.



(N. Grau : stretching global actif)

1<sup>ère</sup> étape :

Etirement du groupe musculaire Ischio Jambier

Etirement du groupe musculaire Quadriceps

Etirement du groupe musculaire Triceps sural

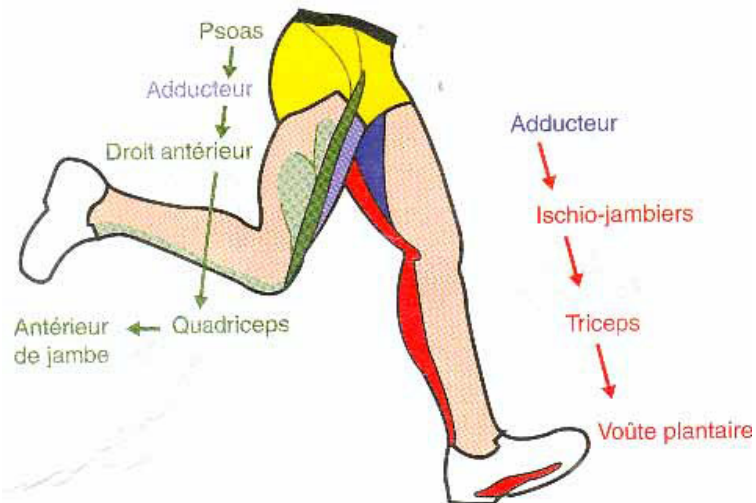
Etirement du Tenseur du Fascia Lata

Etirement des Adducteurs

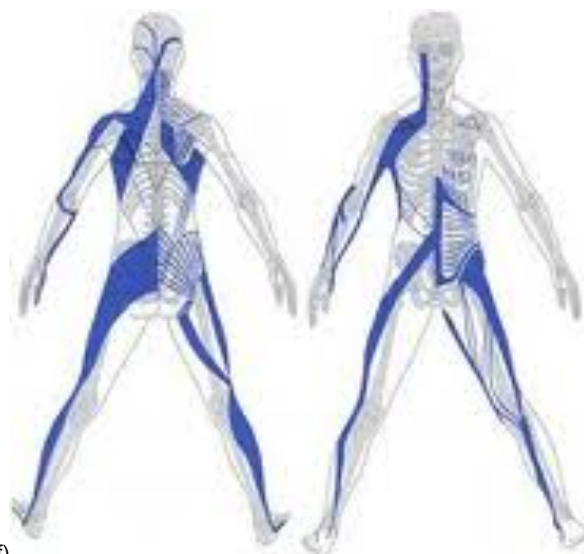
Etirement du groupe des Fessiers en insistant sur le moyen fessier

Etirement du Pyramidal

A chaque groupe musculaire nous passons environs trente secondes.



(N. Grau : stretching global actif)



(Chaînes latérales GDStruyf)

## 2<sup>ème</sup> étape :

Mobilisation séquentielle, pendant une minute du membre inférieur, en décubitus dorsal, et en insistant sur la flexion de hanche et du genou.

Le but était d'arriver à un relâchement maximal du segment inférieur.

## 3<sup>ème</sup> étape :

Technique fascia :

Pour les ostéopathes, le fascia est constitué par l'ensemble du tissu conjonctif ayant un rôle de support. Y sont inclus les ligaments, les tendons, les membranes dures et les enveloppes des cavités corporelles.

Equilibration du fascia iliaca :

Le muscle psoas est souvent considéré comme l'extension supérieure du muscle iliaque. Le fascia iliaca est constitué de deux unités. L'une contient le psoas et les nerfs iliaque et fémoral. La seconde, plus interne, contient les espaces de passage des vaisseaux fémoraux. Ici, ne nous intéresse que l'aspect musculaire.

Technique musculo-fasciale :

Le sujet est en décubitus dorsal, genoux fléchis à 90°.

L'ostéopathe, debout à côté, pose la pulpe des doigts juste en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et les mobilise doucement vers le bas et l'arrière de façon à accrocher le fascia iliaca. Demander au sujet de fléchir lentement le membre inférieur du côté traité. Faire glisser le talon sur la table vers le bassin.

Au moment où l'on ressent le moins de tension, l'ostéopathe affermit la prise du fascia et demande au sujet de glisser lentement le talon jusqu'à l'extension complète du membre inférieur. Durant ce processus, la prise du fascia n'a pas été relâchée.

Ce processus peut être répété deux à trois fois pour obtenir un effet maximum.

Alternative : Positionnement identique, le contact avec le muscle se faisant au niveau de l'abdomen. Demander au sujet de relever la tête afin de ce positionner à



la limite du muscle grand droit de l'abdomen, la main proximale de l'ostéopathe vers le haut de l'abdomen et la main distale vers le bas.

Soutenir le genou du côté traité contre l'épaule et demander au sujet de pousser l'épaule. A chaque poussée l'ostéopathe accentue sa pression en profondeur et en sens opposé pour chaque main afin d'étirer le fascia iliaca. Répéter deux à trois fois, et demander au sujet, tout en maintenant la prise, de tendre son membre inférieur sur la table.

A chaque fois, l'ostéopathe agrippe le fascia iliaca à son point maximale de relâchement, qui se fait en augmentant le degré de flexion de la hanche sur l'abdomen.

Technique fasciale :

Position identique, l'ostéopathe est assis en regardant vers la tête du patient. Il place la main distale sous le sacrum et la pulpe des doigts de la main proximale en regard du fascia iliaca, deux doigts en dedans de l'E.I.A.S.. Une légère pression y est exercée pour rentrée en contact et une écoute s'installe. On accompagne dans la mobilité préférentielle jusqu'à atteindre le « still point », on maintient en demandant au sujet une apnée respiratoire adéquate jusqu'au relâchement du fascia iliaca. Cette technique peut être répétée.

Cette technique a l'avantage d'être moins agressive que la musculo-fasciale. Nous l'avons utilisé quelques fois lorsqu'il y avait une sensibilité.

### **III. Résultats**

Il est assez difficile et même impossible, pour nous, de vous donner un résultat quantifiable.

A la suite du traitement nous avons réalisé les mêmes clichés que nous avons pris au moment du stage. Il s'est simplement démontré que la statique de nos joueurs n'avait pas évolué, ils avaient toujours la même attitude.

Par contre au fur et mesure de l'évolution du championnat nous avons retrouvé une nouvelle dynamique dans l'équipe tant au niveau du physique que du mental.

D'un point de vue strictement physique, la fatigue avait disparue. Subjectivement, on aurait dit que ces joueurs ne portaient plus de chaînes.

Le groupe a enchaîné des victoires, les unes après les autres. De la 17<sup>ème</sup> journée à la 23<sup>ème</sup> aucune défaite n'a été enregistrée. La 15<sup>ème</sup> et la 16<sup>ème</sup> journée étaient des défaites cuisantes, il n'y avait pas de réactivité dans le jeu.

Chacun des joueurs avait retrouvé de la performance. Dans le jeu nous retrouvions de l'explosivité qui leur permettait de dépasser leurs adversaires. Malgré un effectif réduit ces joueurs se sont dépensés sans compter.

De l'aveu même des joueurs nous leur avons permis de se transcender. Notre prise en charge leur avait apporté une facilité et une liberté de jeu.

Cette équipe, qui à l'intersaison, était vouée à redescendre en 2<sup>ème</sup> division venait de sauver sa saison. C'est certainement dans ce fait que l'on peut retrouver le résultat de notre travail.

[http://www.flf.lu/championnats/resultats.php?saizon=2010/2011&cat\\_id=7&niveau\\_id=1990](http://www.flf.lu/championnats/resultats.php?saizon=2010/2011&cat_id=7&niveau_id=1990)

## **IV. Conclusion**

Au début de ce travail, nous mettions en avant la question de l'utilité de l'ostéopathie dans un environnement sportif. A cela, nous répondons à nouveau oui, il est utile que les sportifs, femmes ou hommes, quels qu'ils soient, puissent avoir accès à l'ostéopathie pour les soigner. Nous avons du nous adapter à la réalité du terrain et faire preuve d'un aspect de pluridisciplinarité. L'être humain est complexe et cela impose à l'ostéopathe une certaine humilité.

Il est aussi juste d'affirmer qu'une longévité sportive ne peut faire l'économie de soins ostéopathiques. C'est "le contrôle technique" du mécanicien du corps qui à la fois détecte et prévient les futurs pannes en aidant également au nettoyage organique après les rencontres sportives.

L'ostéopathie appliquée au sportif est une pratique spécialisée, mais elle n'est pas un courant théorique et encore moins une sous-discipline de l'ostéopathie.

L'ostéopathe du sport est un praticien, qui, pour suivre les sportifs, a recherché et obtenu des compétences particulières pour ajouter à son répertoire thérapeutique des outils plus adaptés.

C'est l'essence même de la formation continue de type « ostéopathe du sport » dont l'objectif principal est d'apporter des solutions dans les différents secteurs de la vie sportive.

L'ostéopathe du sport est avant tout un ostéopathe diplômé, ayant acquis une compétence supplémentaire concernant la prévention, les soins ostéopathiques et le conseil auprès du sportif. Il se doit de comprendre la demande souvent exigeante du « patient sportif », comme l'ostéopathe de l'urgence se doit de comprendre la sensation pressante du patient qui souhaite être vu sans délai.

Le but principal est de pouvoir proposer des ostéopathes compétents et au fait de la spécificité du sport, à des organisateurs de manifestations sportives. Les ostéopathes du sport ont acquis des compétences, vérifiées par un certificat de fin de module.

## **Bibliographie**

1. Biomécanique des membres inférieurs, Elsevier ; Paul Klein, Peter Sommerfeld
2. Le stretching global actif ; Norbert Grau
3. Les fascias du concept au traitement, Olivier éditeur ; J.-J. Debroux D.O.
4. Les muscles bilan et étude fonctionnels 4<sup>ème</sup> édition ; Kendall, McCreary, Provence
5. Physiologie articulaire 5<sup>ème</sup> édition tronc et rachis, Maloine ; Kapandji
6. [//chups.jussieu.fr/polysPSM/anatfonctPSM2/poly/POLY.Chp.2.3.4.html](http://chups.jussieu.fr/polysPSM/anatfonctPSM2/poly/POLY.Chp.2.3.4.html)
7. Relâchement myofascial spontané et tender points, Olivier éditeur ; J.-J. Debroux D.O.
8. Schémas de travaux pratiques en Anatomie, les parois du tronc, Vigot Edition ; R. Depreux

## **Référence**

1. [//norbert.grau.pagesperso-orange.fr/](http://norbert.grau.pagesperso-orange.fr/)
2. [//norbert.grau.pagesperso-orange.fr/fondements-SGA.htm](http://norbert.grau.pagesperso-orange.fr/fondements-SGA.htm)
3. [//cairn.info/revue-le-travail-humain-2002-2-page-159.htm](http://cairn.info/revue-le-travail-humain-2002-2-page-159.htm)
4. cours DU Ostéo UBO, L. Lebras
5. Le stretching global actif ; Norbert Grau
6. Cours de Biomécanique (SCOM) Sutherland Collège Belgique, la colonne vertébrale ; Paul Klein (décembre 2004)

